flash GRIPPE

volume 4 / numéro 4

Le vendredi 31 janvier 2014

L'ACTIVITÉ GRIPPALE SEMBLE ATTEINDRE SON PIC AU QUÉBEC: LA GRIPPE A (H1N1) EST TOUJOURS PRÉDOMINANTE

FAITS SAILLANTS

QUÉBEC

Indice d'activité grippale : élevé, avec une tendance stable

Pour la semaine se terminant le 25 janvier 2014 (CDC 04) :

- Le pourcentage des appels à Info-Santé pour un syndrome d'allure grippale (SAG)[1] est de 2,2 % (n = 996) ; il est stable, mais il se situe au-dessus des valeurs attendues depuis trois semaines.
- Le pourcentage des consultations pour un SAG dans les urgences du Québec est de 6,3 % (n = 4 523) et est lui aussi stable.
- Le pourcentage des tests positifs pour l'influenza atteint 23 % et est stable (voir le graphique 1) :
  - 703 cas de grippe A et 110 cas de grippe B ont été détectés par les laboratoires sentinelles.
- Le pourcentage des tests positifs pour le virus respiratoire syncytial (VRS) est de 13 % et est à la hausse (voir le graphique 2).
- Le nombre d'éclosions de grippe dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) rapportées par les directions de santé publique est de trois (une est attribuable à l'influenza A et deux le sont à l'influenza B).

Du 25 août 2013 au 25 janvier 2014, 2 833 cas de grippe A et 476 cas de grippe B ont été identifiés par les laboratoires sentinelles. Parmi les cas de grippe A, le sous-type de 327 souches (11 %) a été déterminé ; 325 sont de sous-type A (H1N1) et 2, de sous-type A (H3N2). La grippe A (H1N1) demeure donc la souche prédominante cette saison.

Au Québec, bien que le nombre de cas de grippe A le plus élevé s'observe chez les 20-49 ans (44 % des cas), le taux d'incidence le plus élevé se retrouve chez les enfants âgés de moins de 5 ans[2]. Les personnes âgées de 70 ans et plus semblent moins à risque de contracter cette grippe, comparativement au risque de contracter la grippe A (H3N2) ou la grippe B. Par ailleurs, peu d'éclosions de grippe survenues dans les CHSLD ont été rapportées pour la saison en cours (n = 21), par comparaison aux totaux des trois dernières saisons (150 en 2010-2011, 51 en 2011-2012 et 282 en 2012-2013).

Projet d'étude de la morbidité hospitalière au Québec[3]

Du 5 au 18 janvier 2014, les centres hospitaliers qui participent au projet ont rapporté 27 cas de grippe A (H1N1) parmi 116 patients hospitalisés ayant un SAG (23 %). La plus forte proportion des cas de grippe A (H1N1) s'observe chez les moins de 17 ans (41 %). Pour ces 27 cas, on ne note aucune admission aux soins intensifs (SI) ni aucun décès.

Au cours des 8 semaines du pic de la saison 2012-2013, 8 % des cas de grippe hospitalisés ont été admis aux SI et 3,8 % sont décédés. Les proportions étaient de 13 % et de 1,6 %, respectivement, au cours des 10 semaines du pic de la saison précédente (2011-2012)[4].

1. Le syndrome d'allure grippale (SAG) peut être attribuable à d'autres virus respiratoires que celui de l'influenza.
2. Selon les données des laboratoires sentinelles.
3. Ce projet repose sur la participation de quatre centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) où la population pédiatrique et adulte est représentée.
4. Les données sur les admissions aux soins intensifs et les décès considèrent les patients pour lesquels l'information est disponible.

UN QUÉBEC POUR TOUS

Québec

Contexte

La surveillance de la grippe saisonnière et des autres virus respiratoires repose sur la surveillance virologique assurée par le réseau des laboratoires sentinelles, la surveillance des SAG (d'après les appels au service Info-Santé et les consultations dans les urgences, les GMF sentinelles et les centres de santé des régions nordiques), la surveillance des éclosions dans les CHSLD, la surveillance des admissions pédiatriques ainsi que la surveillance des pneumonies et de l'influenza dans les centres hospitaliers du Québec.

ACTIVITÉ GRIPPALE AU CANADA

Au Canada, l'activité grippale a légèrement diminué au cours de la semaine se terminant le 18 janvier. L'influenza A (H1N1) demeure le sous-type prédominant, représentant 98 % des sous-types d'influenza A identifiés. Du 25 août 2013 au 18 janvier 2014, 310 hospitalisations pédiatriques ont été rapportées par le réseau IMPACT ; 294 étaient attribuables à l'influenza A et 16, à l'influenza B. Plus de 80 % des hospitalisations attribuables à l'influenza A concernent des enfants de moins de 5 ans et la moitié, des enfants de moins de 2 ans. Parmi les 310 hospitalisations pédiatriques, 40 admissions aux soins intensifs ont été rapportées (13 %). Le tiers des patients ayant été admis aux SI avaient entre 6 et 23 mois.

Enfin, mentionnons que la plupart des souches grippales circulant au Canada sont analogues aux composantes vaccinales. En date du 23 janvier, le Laboratoire national de microbiologie, situé à Winnipeg, en a caractérisé 428 (dont 65 provenant du Québec). Toutes les souches d'influenza A (H1N1 et H3N2) et 88 % des souches d'influenza B sont analogues aux souches du vaccin antigrippal 2013-2014.

VIRUS RESPIRATOIRES ÉMERGENTS DANS LE MONDE

Influenza A (H7N9) en Chine : deuxième vague épidémique en cours

Jusqu'à ce jour, tous les cas d'infections humaines causées par le virus H7N9 ont été rapportés par les autorités de la Chine, de Hong Kong (Chine) et de Taipei (Taïwan). Une première vague de cas (n = 133) est survenue entre les mois de février et de mai 2013, puis deux cas ont été rapportés en juillet et août, et depuis le mois d'octobre 2013, une deuxième vague est en cours (n = 105 en date du 27 janvier 2014) (voir le graphique 4).

L'âge moyen des cas survenus au cours de la deuxième vague est légèrement inférieur à celui des cas survenus au cours de la première (52 ans, versus 58 ans) et, dans les deux vagues, les cas sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. En outre, la létalité associée à la deuxième vague serait plus faible, mais cela doit être surveillé de près car la plupart des cas rapportés au cours des dernières semaines étaient dans une condition critique et pourraient être encore hospitalisés. Globalement, la létalité associée à ce virus se situerait entre 20 % et 30 %. Bien que quelques cas d'infections bénignes aient été rapportés, la présentation clinique demeure principalement une progression rapide vers une pneumonie sévère.

Les données actuelles montrent que les infections humaines seraient associées à l'exposition à la volaille ou à des environnements contaminés, incluant les marchés où sont vendues les volailles vivantes. Ainsi, les autorités de la province de Shanghai suspendront les échanges commerciaux de volailles vivantes du 31 janvier au 30 avril 2014. Bien que quelques agrégats de cas ont été rapportés, il n'y a pas d'évidence de transmission interhumaine soutenue. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le risque pour un Canadien de contracter l'infection est faible.

Au Québec, les recommandations relatives à la surveillance et à la gestion des cas et des contacts de maladies respiratoires sévères (MRS) ont été formulées au cours de l'été 2013[5].

Influenza A (H10N8) : un deuxième cas est rapporté en Chine

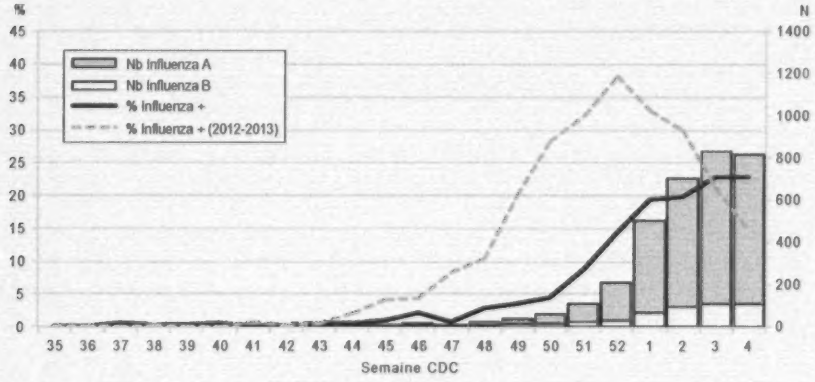
Le 17 décembre 2013, la Chine rapportait un cas d'infection humaine causé par le virus de la grippe aviaire A (H10N8) dans la province de Jiangxi. Le cas est une femme de 73 ans, immunosupprimée et présentant plusieurs conditions sous-jacentes, qui a été hospitalisé le 30 novembre pour une pneumonie sévère et qui est décédé le 6 décembre. Les conditions sous-jacentes du cas pourraient avoir contribué à la sévérité de la maladie. Cette femme avait été exposée à un marché de volailles. L'influenza aviaire A (H10N8) a déjà été rapportée chez la volaille et les oiseaux sauvages, mais il s'agit du premier cas d'infection humaine ayant été rapporté à l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le 25 janvier 2014, la Chine confirmait un deuxième cas d'infection humaine causée par le virus de la grippe aviaire A(H10N8) dans la province de Jiangxi. Le cas est une femme de 55 ans qui a été hospitalisée le 15 janvier pour une pneumonie sévère et qui est dans une condition critique. Cette femme aurait visité un marché agricole.

En date du 20 décembre 2013, l'OMS mentionne que la détection de cas humains infectés par le virus de la grippe aviaire A (H10N8) pourrait résulter de l'augmentation de la surveillance effectuée en Chine. Bien que la prévalence de ce virus parmi la volaille soit inconnue, on peut s'attendre à ce que des cas d'infections sporadiques surviennent chez les humains si le virus circule parmi une population d'oiseaux à laquelle l'humain est exposé[6].

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs pour l'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2013-2014



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 28 janvier 2014.

L'activité grippale est élevée, avec une tendance stable.

Pour la semaine se terminant le 25 janvier (CDC 04), 813 cas d'influenza – soit 703 de type A et 110 de type B – ont été identifiés (23 % de tests positifs).

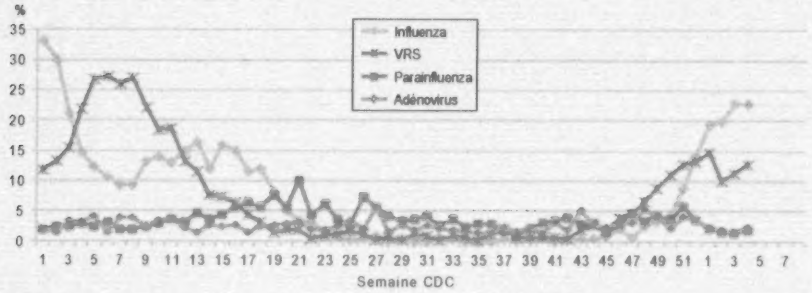
La saison dernière, au pic de la grippe, 1 827 cas d'influenza avaient été rapportés au cours d'une semaine par les laboratoires sentinelles.

5. Voir la section du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/.

6. Voir le rapport *Influenza at the human-animal interface*, daté du 20 décembre 2013 et accessible sur le site de l'Organisation mondiale de la santé, à l'adresse suivante : www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/index.html.

GRAPHIQUE 2

Pourcentage des tests positifs pour les virus respiratoires détectés par les laboratoires sentinelles du Québec, année 2013

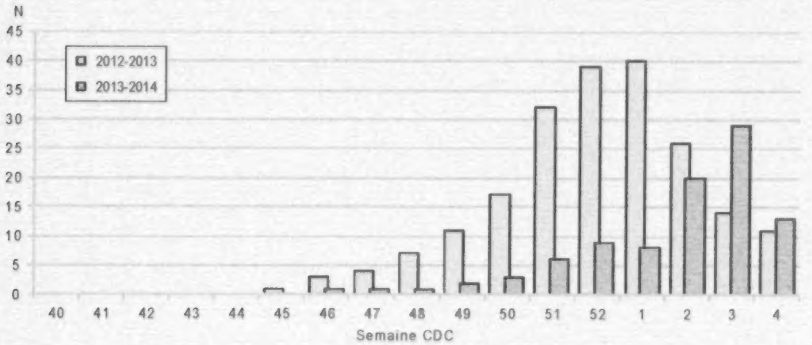


Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 28 janvier 2014.

Le pourcentage des tests positifs pour le VRS est à la hausse au Québec. Au cours de la semaine CDC 04, 236 cas de VRS ont été rapportés par les laboratoires sentinelles (13 % de tests positifs).

GRAPHIQUE 3

Nombre d'hospitalisations pédiatriques associées à l'influenza rapportées par les centres québécois du réseau IMPACT, Québec, saisons 2012-2013 et 2013-2014



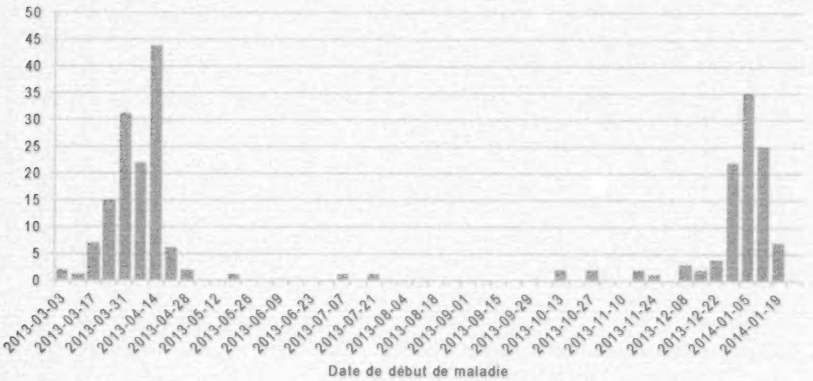
Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 28 janvier 2014.

Depuis le 29 septembre 2013, 93 hospitalisations associées à l'influenza ont été confirmées et rapportées par les hôpitaux pédiatriques québécois du réseau IMPACT.

La saison dernière, ce sont 347 hospitalisations qui étaient rapportées par ces mêmes centres. Au pic de la saison grippale, on en rapportait 40 par semaine.

GRAPHIQUE 4

Nombre de cas humains de grippe A (H7N9) confirmés, rapportés hebdomadairement à l'OMS depuis 2013



Note : Les cas dont la date de début de la maladie n'est pas disponible sont répartis selon la date de déclaration à l'OMS.

Source : OMS, 27 janvier 2014

Vaccination

Vaccin trivalent contre la grippe saisonnière (saison 2013-2014) : le virus de la grippe A (H1N1) est inclus dans le vaccin

Le vaccin contre la grippe saisonnière offert en 2013-2014 dans l'hémisphère Nord contient les souches analogues à A/California/07/2009 (H1N1), A/Victoria/361/2011 (H3N2) et B/Massachusetts/2/2012. Étant donné les changements antigéniques de la souche A/Victoria/361/2011, la souche A/Texas/50/2012 est la composante d'influenza A (H3N2) incluse dans le vaccin.

Campagne de vaccination

La campagne de vaccination contre la grippe est en cours depuis le 1er novembre dernier. La situation épidémiologique actuelle justifie toujours d'offrir le vaccin de manière systématique aux personnes non vaccinées qui font partie des groupes à risque ou qui sont en contact avec une personne à risque (proches, travailleurs de la santé). Plusieurs des personnes à risque sont aussi admissibles à la vaccination contre le pneumocoque. D'autres informations concernant la vaccination se trouvent aux adresses suivantes : sante.gouv.qc.ca **et** www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq/.

Flumist® chez les jeunes de 2 à 17 ans

Comme le vaccin intranasal **Flumist® est le vaccin recommandé chez les enfants ne présentant pas de contre-indication,** le ministère de la Santé et des Services sociaux offre gratuitement ce vaccin aux enfants et aux adolescents âgés de 2 à 17 ans ciblés par le programme, soit ceux qui sont atteints de maladies chroniques (sans être immunosupprimés) ou ceux qui sont des contacts domiciliaires de personnes pour qui le risque de complications est élevé.

Vaccination des travailleurs de la santé

Des stratégies relatives à la promotion de la vaccination auprès des travailleurs de la santé doivent être mises en œuvre chaque année, dans chaque établissement, afin que soit atteint l'objectif de couverture vaccinale fixé à 80 %.

Gestion des éclosions dans les milieux de soins

Des recommandations pour la prévention et le contrôle de la grippe saisonnière dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ont été formulées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) en 2012. Elles sont consultables à partir du lien hypertexte suivant : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1391_MesuresPrevControleGrippeSaisonCHSGS.pdf.

Le guide portant sur les recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les CHSLD a été révisé en 2013 et il peut être obtenu auprès des directions de santé publique. Il est nécessaire de faire confirmer les éclosions de grippe par un test TAAN (ex. : RT-PCR) ; le LSPQ a fait une offre de service qui est consultable à l'adresse suivante :
www.inspq.qc.ca/lspq/services_laboratoire/analyses.asp?Page=3b&S=I&Lettre=I.

De plus, des précisions portant sur ces deux guides ont été apportées par le CINQ dans le document intitulé *Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins*, consultable à l'adresse suivante :
www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1727_PrecGestionEcloMajGrippeSaisonNosoMilieuxSoins.pdf.

Surveillance des manifestations cliniques inhabituelles survenant à la suite de la vaccination

Au Québec, la surveillance des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) survenant à la suite de l'administration d'un vaccin s'effectue par les directions de santé publique de chacune des régions sociosanitaires, qui rapportent ensuite les MCI au bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce programme de surveillance s'inscrit dans celui de l'ASPC et de l'OMS. Cette déclaration est régie par l'article 69 de la Loi sur la santé publique, qui stipule qu'un médecin ou un infirmier doit déclarer au directeur de santé publique régional les MCI qu'il soupçonne avoir un lien avec un vaccin administré.

Pour plus de renseignements : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/mci/.

Surveillance des effets indésirables des antiviraux

Le programme Canada Vigilance, de Santé Canada, permet de recueillir et d'évaluer les effets indésirables des produits de santé (produits pharmaceutiques, biologiques ou radiopharmaceutiques et produits de santé naturels) commercialisés au Canada. Les bureaux régionaux de Canada Vigilance recueillent les déclarations et les transmettent au bureau national de Canada Vigilance.

Pour plus de renseignements : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/report-declaration/index-fra.php.

Anticorps monoclonaux contre le virus respiratoire syncytial : palivizumab (Synagis^{MD})

Le virus respiratoire syncytial (VRS) circule au Québec, où l'on a identifié 13 % de tests positifs au cours de la semaine du 19 janvier 2014. En ce qui concerne la prophylaxie des infections à VRS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux recommande que le palivizumab soit utilisé en prophylaxie pour la prévention de la bronchiolite chez les enfants pour qui le risque de contracter cette infection est élevé, lorsque deux enfants ont été hospitalisés pour une infection à VRS (confirmée en laboratoire) dans la région, et cela deux semaines consécutives. Les enfants qui ont reçu cinq doses de palivizumab n'ont pas besoin de dose supplémentaire puisque les taux d'anticorps demeurent élevés pendant plusieurs semaines après la dernière dose.

Conseils de santé aux voyageurs

Les conseils de santé donnés aux voyageurs par l'Agence de la santé publique du Canada se trouvent sur le site Web suivant : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/index-fra.php.

Prévention

Compte tenu de la circulation des virus respiratoires et du virus de l'influenza, l'application de l'étiquette respiratoire dans les salles d'attente et les mesures de prévention contre la transmission par contact et gouttelettes pour les cas de SAG doivent être renforcées dans tous les milieux de soins.

Pour plus de renseignements :

Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins – Avis scientifique, émis par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec en 2004 (www.inspq.qc.ca/publications).

Surveillance de la grippe saisonnière

OMS : www.who.int/csr/disease/influenza/en/index.html

États-Unis : www.cdc.gov/flu

Europe : www.euroflu.org

MSSS : www.sante.gouv.qc.ca

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php

INSPQ/LSPQ : www.inspq.qc.ca/influenza/surveillance-de-l-influenza

Surveillance de l'influenza aviaire et du MERS-CoV

OMS : www.who.int/csr/don/en

États-Unis : www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-virus.htm

États-Unis : www.cdc.gov/coronavirus/mers/

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/h7n9/index-fra.php

FAO : www.fao.org/avianflu/fr/index_fr.html

OIE : www.oie.int/fr/info_ev/fr_AI_avianinfluenza.htm

RÉDACTRICE : M^{me} Josée Dubuque

COLLABORATEURS : D^{re} Monique Landry, M^{me} Marlène Mercier, M^{me} Madeleine Tremblay, D^{r} Bruno Turmel, et les membres suivants du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza : D^{r} Hugues Charest, D^{re} Monique Douville-Fradet, D^{re} Christine Lacroix et D^{re} Renée Paré.

Il est possible d'obtenir de l'information sur le *Flash grippe* en consultant le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/influenza**.

Les personnes qui veulent recevoir le *Flash grippe* par Internet peuvent s'inscrire à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?abonnement**.

PROCHAINE PARUTION : LE 21 FÉVRIER 2014

Le bulletin *Flash grippe* est produit par le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza. Les données présentées reposent sur la surveillance réalisée par les laboratoires sentinelles, les centres de santé nordiques (régions sociosanitaires 17 et 18), le service Info-Santé et Info-Social, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et les directions régionales de santé publique.

13-294-16W © Gouvernement du Québec, 2014
ISSN : 1927-782X

Santé et Services sociaux Québec